



## Revisión Bibliográfica

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández

### Tratamiento de la Candidiasis Oral en pacientes infectados por VIH.

### Treatment of oral candidiasis in patients infected with HIV.

**Dra. Susana Bellón Leyva<sup>1</sup>, Dra. Yhusselym Aldama Bellón<sup>2</sup>, Dra. Maritza Mursuli Sosa<sup>3</sup>**

Especialista de 1<sup>er</sup> grado en Estomatología General Integral. Profesora Auxiliar<sup>1</sup>  
Estomatóloga General Integral<sup>2</sup>

Especialista de 1<sup>er</sup> grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente<sup>3</sup>

## RESUMEN

En Cuba la primera persona infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH, se detectó a finales de 1985. Desde esa fecha se han creado 12 sanatorios en todo el país. La moniliasis es una enfermedad causada por una infección de hongos levaduriformes, el cual es un huésped relativamente común de la cavidad bucal. Tradicionalmente en los textos se describe esta alteración como más común en niños, en pacientes debilitados y en pacientes con alguna enfermedad crónica, también se ha descrito la exacerbación de la *Cándida albicans* un paciente bajo tratamiento extenso de antibióticos. Ósea que son factores predisponentes que existen en el individuo. Dentro de esa predisposición se encuentran los pacientes infectados por VIH sida y es importante el tratamiento inmediato de esta infección.

**DeCS:** CANDIDIASIS BUCAL / quimioterapia SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA / terapia

## SUMMARY

In Cuba the first person infected by the virus of the inmunodeficiencia human HIV, was detected at the end of 1985. From that date 12 sanatoriums have been created in the whole country. The moniliasis is an illness caused by an infection of mushrooms levaduriformes, which is a guest relatively common of the buccal cavity. Traditionally in the texts this alteration is described like more common in children, in weakened patients and in patient with some chronic illness, also the *Cándida's albicans* exacerbación a patient low extensive treatment of antibiotics has been described. Bony that are factors predisponentes that exist in the individual. Inside that bias the patients are infected by HIV and it is important the immediate treatment of this infection.

**MeSH:** CANDIDIASIS, ORA / drug therapy, ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME / therapy

## INTRODUCCIÓN

En Cuba, la primera persona infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH, se detectó en 1985. Desde esa fecha se han creado 12 sanatorios en todo el país. Durante los años transcurridos ha aumentado la experiencia en el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones menores y mayores de la enfermedad y se ha acumulado el conocimiento para el manejo clínico de los pacientes con enfermedades oportunistas, entre la que se encuentra la Candidiasis oral, a cuyo tratamiento dedicamos el presente trabajo. La Moniliasis es una enfermedad causada por una infección de hongos levaduriformes, el cual es un huésped relativamente común de la cavidad bucal. Tradicionalmente en los textos se describe esta alteración como más común en niños, en personas debilitadas y en pacientes con alguna enfermedad crónica, también se ha descrito la exacerbación de la *Cándida albicans* en pacientes bajo tratamiento de antibióticos prolongados. Ósea, que son factores pre-disponentes que existen en el individuo. Sin embargo el Estomatólogo debe tener presente en la práctica diaria, que la Candidiasis es muy frecuente en pacientes sanos, producto de cambios en la ecología de la cavidad bucal. Las lesiones bucales clásicamente descritas se caracterizan por la aparición de placas blancas, blandas, ligeramente elevadas, las cuales se desprenden de la superficie de los tejidos y dejan una superficie sangrante. No obstante el Estomatólogo debe tener en cuenta que la moniliasis en la cavidad bucal puede evolucionar en formas tórpidas (hiperplasias, etc.). Nos proponemos, orientar a los Estomatólogos, como enfrentar esta complicación, ya que en los pacientes infectados por el VIH, no responden al tratamiento convencional y así unificar criterios en cuanto a este tratamiento y el manejo Clínico de estos pacientes.

## DESARROLLO

La Candidiasis es la infección micótica más común en pacientes infectados por VIH. La presencia de esta enfermedad en personas que reportan comportamiento asociado a la transmisión del VIH que parezcan esta sanas, podrían ser uno de los primeros signos de inmunosupresión debida a la infección por VIH. Se ha notado una prevalencia de Candidiasis del 30 al 90% en los pacientes infectados por SIDA.

Las manifestaciones de la Candidiasis bucal varían de acuerdo a su género; la más común es la infección pseudo membranosa (conocida también como algodoncillo) (figura 1y2). Esta lesión aparece en la mucosa como una placa color crema con aspecto de cuajada, se extirpa fácilmente pero a menudo queda una superficie sangrante. Esta situación está asociada a una supresión inicial y progresiva del sistema inmune. En cambio la Candidiasis hiperplásica es blanca y dura y no se puede remover (figura 3). También existe la Candidiasis eritematosa que aparece en formas de manchas rojas, visibles fundamentalmente en el paladar duro, blando o en el dorso de la lengua.

La queilitis angular es una manifestación de la enfermedad y se presenta como fisuras, eritemas o úlceras de las comisuras labiales, puede presentarse durante periodos iniciales de SIDA, o en enfermedades ya progresivas, algunas veces en conjunto con Xerostomia.

La Candidiasis oral, puede extenderse al Esófago y causar disfagia, odinofagia o ambos síntomas a la vez. Rara vez estos síntomas pueden deberse a lesiones malignas (Sarcoma de Kaposi, Linfoma, Carcinoma) o a úlceras causadas por contacto con comprimidos orales o por el reflujo ácido. Las lesiones esofágicas que no reciban tratamiento, aunque solo causen molestias leves, pueden alterar los hábitos alimenticios y empeorar la nutrición de los pacientes.

Se debe evitar el uso de KETOCONAZOL en pacientes con daño hepático activo, ya que este fármaco es hepatotóxico. En este caso podrían valorarse otras Terapéuticas alternativas tales como: Nistatina oral, Clotrimazol, Violeta Genciana al 2%, Propolina, etc. Se deberá vigilar la posibilidad de necrosis hepática, si se indica Ketoconazol. La terapéutica con Ketoconazol debe

comenzar desde el principio, cuando los pacientes presenten Candidiasis oral severa o diseminada a la Faringe o al Esófago, de lo contrario debe comenzarse con las terapéuticas alternativas (Nistatina, Clotrimazol, etc.). Cuando la Candidiasis oral se disemina a la Faringe es muy probable que esté presente en Esófago. Las probabilidades de recurrencia de la Candidiasis esofágica son muy grandes e indican un alto riesgo de otras infecciones oportunistas, o sea, existe una depresión inmunológica importante y es muy probable que el número de CD4 esté por debajo de 200 células por MM3. Las lesiones del esófago por lo general responden bien y con relativa rapidez a la terapéutica, aunque en ocasiones lo hacen lentamente, por lo que puede requerirse un tratamiento prolongado. Puede indicarse Profilaxis según el caso. Se puede utilizar la Nistatina y el Clotrimazol en óvulos chupados, o embrocaciones de Propóleos, que tienen el mismo efecto que las soluciones. A continuación les ofrecemos de forma sintetizada, el Tratamiento indicado:

## **CONCLUSIONES**

- Debemos conocer el manejo de los casos infectados por VIH que presenten complicaciones a esta enfermedad.
- Sin sustituir el criterio médico, se deben tener en cuenta las orientaciones ofrecidas sobre las posibilidades diagnósticas a nuestro nivel de atención.
- El tratamiento orientado se basa en la experiencia clínica acumulada durante ocho años de trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nolte, W.A. Microbiología Odontológica. Edt. Interamericana. 1era. Ed. 1971.
2. Shafer, Hine, Levy. A Textbook of Oral Pathology Saunders Co. Third ed. 1974.
3. Davis, Dubelco, Eisen, Ginsberg, Wood. Tratado de Microbiología. Salvat., 2da ed. 1978.
4. Zinzer, Joklik. Microbiology. Seventeenth Edition, 1981.
5. Glickman, Irving. Clinical Periodontology. W.B. Saunders Co. 4ta ed. 1972
6. Ministerio de Salud Pública. Colección del estudiante de medicina. Temas de Microbiología bucal. 1982.
7. Guías Prácticas de Estomatología.
8. Lopez SA, Salati N, Libeco F, Benitez MB, Morelato RA, Astrada L, Masih D. Tratamiento antifúngico tópico en pacientes con Candidiasis crónica bucal. Estudio comparativo. Med Oral 2002, 7(4):260-70.
9. Teanpaisan R, Nittayananta W. Prevalence of Candida species in AIDS patients and HIV free subjects in Thailand. J Oral Pathol Med 1998, 27:4-7.
10. Scully C. Candidiasis mucosal. EMedicine, Enero 24,2002.Disponible: <http://www.emedicine.com/DERM/topic 68.htm>
11. Samaranayake LP. Nuevas perspectivas en la epidemiología y etiopatogénesis de la Candidiasis oral. Gac Med Bilbao 2001, 98: E15-16.
12. Ceballos A. La candidiasis orales en el paciente VIH+: Ayer y hoy. Gac Med bilbao 2001, 98:E16-18.
13. Oral candidiasis. Feb 22, 2002. Disponible en: <http://www.dentalcare.com/soaps/intermed/oralcam.htm>
14. Ellepola AN, Samaranayake LP. Inhalational and topical steroids and oral candidiasis: a review. Oral dis 2001, 7:11-17.
15. CARRILLO-MUÑOZ Ay cols. Una nueva generación de Fármacos antifúngicos. Rev Iberoam Micol2001,18:2-5.
16. NARANI N et all. Clasifications of oral lesions in HIV infection. J Clin Periodontol 2001;28:137-145
17. PROJECT INFORM. La candidiasis oral. San Francisco 2000. [www.projectinform.org](http://www.projectinform.org).





Imagen 2: CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA DE LA ENCIA Y LA MUCOSA LABIAL



Imagen 3: CANDIDIASIS HIPERPLASICA



Imagen 4: CANDIDIASIS ERITEMATOSA